Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Breslau.
(Direktor: Prof. Dr. Küttner.)

Über das Chondrom der Brustwand.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Günther Kob,
Volontärarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei. E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

Auf Grund von Virchows Untersuchungen, die Ribbert erweitert hat, entstehen die Chondrome auf der Basis einer Unregelmäßigkeit der Ossifikation: aus stehengebliebenen Knorpelresten entwickeln sich später Geschwülste. Im Gegensatz zur kartilaginären Exostose, die sich aus wucherndem Knorpel bildet und damit ihr Wachstum zusammen mit dem Aufhören des Wachstums des Skeletts beschließt, entsteht das Enchondrom aus ruhendem Knorpel. Ein Beweis für eine Konstitutionsanomalie bei der Enchondrombildung liegt in dem häufig beobachteten kongenitalen und hereditären Auftreten.

Von den Chondromen des Skeletts sind die des Thorax ganz besonder interessant wegen ihrer Beziehungen zu wichtigen inneren Organen. 18, meist der Literatur entnommene Fälle[1], von denen 7 Chondrome des Sternums, 11 solche der Rippen aufweisen, zeigen, daß das Wachstum des Chondroms auch ohne Sarkombeimengung ein infiltratives ist. In 11 Fällen hatte der Tumor innere Organe: Pleura, Lungen, Pericard, Zwerchfell und Leber durchwachsen, während nur in 7 der Tumor sich auf den Knochen beschränkt, aber bereits dicht an die Pleura herangewachsen war. Rezidive traten in 5 Fällen, Metastasen einmal auf. Diese Tatsachen zeigen zur Genüge, daß die Chondrome den malignen Geschwülsten sehr nahe stehen, während das bis Jahrzehnte lange Wachstum und das Fehlen von Störungen, die zur Kachexie führen, sie mehr mit den benignen Tumoren auf eine Stufe zu stellen geneigt macht. Merkwürdigerweise geben die Patienten häufig trotz ausgedehnter Verwachsungen des Tumors mit

wichtigen inneren Organen keine Beschwerden an; in 5 Fällen waren die Patienten trotz ausgehnten Hineinwucherns der Geschwulst in Zwerchfell, Pleura und Leber beschwerdefrei.

Auch die Genesse der Chondrome beleuchten diese angeführten Fälle. Einmal war ausgesprochen hereditäres Auftreten in 4 Generationen zu verzeichnen, und 5 mal ging dem Beginn des Wachstums ein Trauma an der betreffenden Stelle voraus. Worauf die Wirkung des Traumas beruht, ist durchaus dunkel; man muß diese Tatsache vorläufig als solche hinnehmen; freilich hat sie insofern große praktische Bedeutung, als man auf Grund dieser Erfahrungstatsache Rentenansprüche, die auf Grund eines der Chondrombildung vorangegangenen Traumas gestellt werden, berücksichtigen muß.

Die Diagnose der Chondrome der Brustwand ist meist leicht zu stellen, wenn man die gewöhnlich charakteristische Anamnese — langsames Wachstum, eventuell kongenitales oder hereditäres Auftreten, vorangegangenes Trauma — berücksichtigt und die eigenartige Beschaffenheit der Tumoren selbst — ihre harte Konstistenz, die mit erweichten Partien abwechselt. ihre unregelmäßige, höckerige Oberfläche — in Betracht zieht, oder noch sonstige Chondrome oder kartilaginäre Exostosen gefunden werden.

Für die Therapie ergibt sich als oberster Grundsatz die radikale Schnittführung, die das infiltrative Wachstum in Rechnung zieht, da andernfalls hartnäckige Rezidive eine lange Reihe von Nachoperationen nach sich ziehen können. Man tut gut, stets bei den Operationen einen Druckdifferenzapparat bei der Hand zu haben, um einen entstandenen Pneumothorax beseitigen bezw. einem unvermeidlichen vorbeugen zu können. Der Vorteil davon ist noch der, daß die Operation sicherer und ruhiger, daher radikaler vonstatten gehen kann, was für eine rationelle Therapie der Chondrome Vorbedingung ist.